یوسف پور، نرگس؛ اکبری، احمد؛ آهنگری، الهه؛ ثمری، علی اکبر (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۳۷-۲۱.*
DOI: 10.22067/ijap.v7i1.54663

بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده

نرگس یوسف پور[۱]، احمد اکبری[۲]، الهه آهنگری[۳]، علی اکبر ثمری[۴]

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۳۱

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برکاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده .

روش: این پژوهش، از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۳ که بر اساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانیDSM و روان پزشک مرکز تشخیص سوگ پیچیده دریافت کردند، بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر مرد و زن بود که به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش وکنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه تحت درمان به شیوه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه افسردگی BECK بود که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل ANCOVA نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش وکنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ($P< ۰/۰۱$).

واژه‌های کلیدی: افسردگی، داغدیدگی، سوگ پیچیده، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد بیرجند Yousefpoor.n@gmail.com
۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بردسکن، بردسکن، ایران akbari.180@gmail.com
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه
۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران

مقدمه

مرگ حقیقی‌ترین و غیرقابل‌کنترل‌ترین رویداد زندگی بشر است. شاید دشوارترین کار انسان سازگار شدن با فقدان عزیزانش باشد. مرگ در جامعه همیشه یک موضوع ممنوعه (تابو) برای بحث و گفتگو بوده است (Sayyad Shirazi, 2011). هاوارث (Howarth, 2011) معتقد است، فقدان عزیز یکی از ناراحت‌کننده‌ترین تجربه‌های انسانی است که تقریباً هر شخصی در برخی نقاط با این فرایند سوگ درگیر است مالکینسون (Malkinson, 2001) بیان می‌کند سوگ یکی از همگانی‌ترین واکنش‌های انسانی است که در همه‌ی فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی در پاسخ به انواع مختلف فقدان، به‌خصوص مرگ یک عزیز اتفاق می‌افتد.

براون و گودمن (Brown & Goodman, 2005) اعتقاد دارند که سوگ واکنش‌های رفتاری، شناختی، روانی و احساسی مختلف به فقدان است و سوگواری شیوه‌ای فرهنگی است که سوگ و غم و اندوه از طریق آن بیان می‌شود.به نظر هاوارث (Howarth, 2011)،، فرایند سوگ طبیعی توسط احساساتی چون غم و اندوه و خشم فراوان ونشانه‌های جسمی مثل کاهش وزن و بی‌خوابی و درگیری ذهنی با مرگ مشخص می‌شود (کوهن، مانارینو و استارون (Cohen, Mannarino & Staron, 2006) نیز بیان می‌کنند سوگ طبیعی شامل سازش است و این سازش از طریق وظایف خاصی که در طی سوگ اتفاق می‌افتد حاصل می‌شود. این وظایف عبارت‌اند از پذیرش واقعیت، تجربه کامل دردی که با فقدان در ارتباط است، تنظیم زندگی بدون عزیز ازدست‌رفته، یکپارچه‌سازی نمودهای عزیز ازدست‌رفته با هویت خود، تبدیل رابطه از یک فعل در حال انجام به یک خاطره، کشف معنی مرگ عزیز، رجوع دوباره به روابط جدید با دیگران.

اگرچه بیشتر مردم از نظر مایو (Mayo, 2007) قادرند با فرایند سوگ کنار بیایند و به زندگی رو به جلو خود ادامه دهند اما برخی قادر نیستند این امر را با موفقیت سپری کنند، زمانی که فرد سوگوار از انجام درست وظایف سازش بازداشته می‌شود، فرایند سوگ طبیعی پایان می‌یابد و واکنش سوگ دردناک‌تر و ناتوان‌کننده‌تر می‌شود و ممکن است سوگ پیچیده گسترش یابد. سوگ پیچیده زمانی روی می‌دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می‌کند (Faramarzi, Asgari & Taghva etal, 2013). علائم سوگ پیچیده از نظر مایو (Mayo, 2007) عبارت‌اند از: تمرکز شدید روی فقدان و یادآورهای عزیز، اشتیاق شدید به شخص ازدست‌رفته، مشکلات پذیرش مرگ، بی-حسی یا کناره‌گیری، درگیری با احساسات غمگینانه، تلخی فقدان، ناتوانی برای لذت بردن از زندگی، افسردگی یا غم عمیق، اشکال در انجام دادن کارها به روال طبیعی، خروج از فعالیت‌های اجتماعی، تحریک-پذیری و اضطراب، پرخاشگری و عدم اعتماد به دیگران.

برخی از متخصصان بالینی مانند کاپلان و سادوک (Cuplan & Sadok, 2003) معتقدند که وقایع زندگی نقش اصلی یا درجه اول در افسردگی ایفا می‌کند، وقایع پراسترس اخیر قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای شروع دوره افسردگی است . در برخی موارد، علت افسردگی، تجربه داغدیدگی به خاطر از دست دادن فردی عزیز است. گرچه افسردگی شدید بعد از مرگ فردی عزیز، طبیعی است اما چنانچه غم توانکاه و بیش‌ازحد طولانی باشد (بیش از ۲ ماه) ، اختلال خلقی محسوب می‌شود (Haljin & Vitborn, 2006). علائم اصلی افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذّت است. وقتی‌که اشخاص، دچار اختلال افسردگی می‌شوند، ممکن است صدای سرزنش خود در ذهنشان طنین‌انداز شود. ممکن است توجه خود را بر عیوب و کاستی‌هایشان متمرکز کنند. آن‌ها اغلب با دید بسیار منفی به اوضاع می‌نگرند و مستعد از دست دادن امید هستند. افسردگی دارای سه بعد شناختی، عاطفی، و جسمانی می‌باشد. علائم جسمی افسردگی، شامل خستگی،کمبود انرژی، دردها و ناراحتی‌های جسمی است. به نظر سیمون (Simon, 1999) این علائم گاهی چنان شدید است که اشخاص مبتلا را متقاعد می‌کندکه قطعاً دچار نوعی بیماری پزشکی جدی شده‌اند، هرچند این علائم علت جسمی آشکاری ندارند . از دیدگاه بک[1] (Beck & et al, 1996) نشانه‌های شناختی افسردگی را می‌توان در سه حوزه دسته‌بندی کرد: ۱- نظر منفی نسبت به خود، شامل عزت‌نفس پایین، احساس شکست، حقارت و بی‌کفایتی، به دنبال این‌ها سرزنش کردن خود و احساس گناه ۲- نظر منفی نسبت به آینده شامل اعتقادات بدبینانه نسبت به آینده ۳- نظر منفی نسبت به دیگران (Javanmard, 2011). همچنین نشانه‌های شناختی شامل بدبینی، احساس شکست، انتظار تنبیه، اتهام به خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی، بی‌ارزشی و اشکال در تمرکز می‌باشد. نشانه‌های عاطفی: شامل غمگینی، نارضایتی، احساس گناه، بیزاری از خود، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی و تحریک‌پذیری است (Fathi Ashtiani & Dastani, 2010).

در زمینهٔ درمان سوگ و به‌ویژه سوگ پیچیده هم بر روش‌های روانشناختی و هم درمان‌های دارویی تأکید شده است. مداخلات درمانی غیر دارویی عبارت‌اند از: بازی‌درمانی، روان‌درمانی، سایکودینامیک و روش‌های اداره اضطراب در بچه‌های کوچک‌تر. در برخی مطالعات اثرات مفید درمان‌های رفتاری را در کاهش علائم سوگ نشان داده‌اند. هم‌چنین زمانی که تعداد زیادی از افراد آسیب‌دیده وجود دارند گروه‌درمانی و گروه‌های حمایتی به‌طور شایع به کار می‌روند. (Mahmoodi Gharaee & et.al, 2007). برخی از مطالعات مانند متیوز و مارویت (Mathews & Marwit, 2004) هم‌چنین استفاده از درمان شناختی

1. Beck

رفتاری را بررسی کرده‌اند. هاوارث (Howarth, 2011) می‌گوید، نمونه‌های دیگر درمان از قبیل روان‌درمانی بین فردی(IPT)[1] ، نیز ممکن است مؤثر باشد . یکی از روش‌های درمانی اخیر روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است (QOLT[2]). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی رویکردی جدید است که شامل انسجام به‌هم‌پیوسته شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه‌ی شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است , Padash Fatehizadeh & Abadi). (2012 تعریف درمان مبتنی بر بهبود بخشیدن کیفیت زندگی از روان‌شناسی مثبت‌نگر و فریش ,Frish). (2006 چنین است: مطالعه و افزایش دادن شادکامی، نقاط قوّت انسانی و کیفیت بهتر زندگی برای همه. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از رویکردی تشکیل می‌شود که شادمانی را افزایش می‌دهد و نیز رویکردی مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت‌نگر است. این نوع درمان هم برای مراجعان بالینی و هم غیر بالینی به کار برده می‌شود یافته‌های پژوهشی انجام‌شده در این زمینه مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای روان‌شناختی است که به مواردی از آن اشاره می‌شود. بولین و وان دن بوت Boelen &van) (den Bout, 2007 در پژوهشی تحت عنوان درمان سوگ: مقایسه بین درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی[3] که روی ۵۴ نفرکه دچار اختلال سوگ پیچیده انجام شد، گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب روانی نسبت به مشاوره حمایتی مؤثرتر است. بولیر و همکاران (Bolier & etal , 2013) در پژوهشی با عنوان مداخلات روانشناسی مثبت: فرا تحلیل مطالعات کنترل شده تصادفی، به این نتیجه رسیدند که مداخلات روانشناسی مثبت به‌طور قابل‌توجهی سلامت ذهنی و روانی را افزایش و علائم افسردگی کاهش می‌دهد. پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی توسط (Padash & etal, 2012) بر روی ۳۲ زن و مرد متأهل اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد را در پس‌آزمون در ابعاد تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، روابط، حل‌تعارض، اوقات فراقت و جهت‌گیری مذهبی افزایش داده است و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه شاهد و آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون در ابعاد مدیریت‌مالی، روابط جنسی، شیوه فرزند پروری، خانواده و دوستان، و مساوات‌طلبی نقش‌ها مشاهده شد. در پژوهش دیگری تحت عنوان اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال بم: یک مطالعه قبل و بعد توسط (Mahmoodi Gharaee & etal, 2006) روی

1-Interpersonal Therapy
2-Quality of Life Therapy
3-Supportive Counseling

۱۹ نفر از کودکان۳ تا۶ سال نشان داده شد که بازی‌درمانی گروهی متمرکز بر نشانه‌های سوگ و آسیب می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[1] مؤثر باشد.

با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و هدف این رویکرد که به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌هاست و همچنین این نکته که در سال‌های نخستین شکوفایی علم روان‌شناسی بیشتر روی هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب تمرکز می‌کرد، ولی کارلسون (Kalerson, 2001) می‌گوید، امروزه این وضعیت تغییر کرده و مقاله‌های روان‌شناسی مربوط به سعادت، شادمانی و رضایت از زندگی چند برابر شده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی برکیفیت زندگی بر بهبود افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده انجام می‌شود.

پژوهش‌ها نشان دادند که شناخت درمانی ازجمله درمان‌هایی است که برای کاهش افسردگی توسط متخصصین به‌کاربرده می‌شود. اما به نظر می‌رسد که در پژوهش‌های پیشین این خلأ وجود دارد که از رویکرد روانشناسی مثبت در کار با افراد داغدیده استفاده زیادی نشده است. پژوهش حاضر با استفاده از مدل درمانی فریش (درمان مبتنی برکیفیت زندگی) به مداخله در کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه آماری این پژوهش را کلیّه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که بر اساس ملاک های DSM-IV-TR و مصاحبه بالینی تشخیص سوگ پیچیده دریافت کرده بودند، تشکیل داد.

با توجه به محدودیت در انتخاب، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. بدین ترتیب که از بین کسانی که به مراکز مراجعه کرده بودند و تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرارگرفتند (هر گروه۱۵نفر).

ابتدا پیش‌آزمون افسردگی اجرا شد، سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه در معرض درمان قرار گرفتند و پس از پایان درمان دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون افسردگی به عمل آمد و داده‌های جمع‌آوری‌شده مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

1 Posttraumatic Stress Disorder

پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (Beck & et al, 2000). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد.

این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از۲۱ ماده تشکیل‌شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفرتا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفرتا ۶۳ دارد. پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) چهار ماده از ویرایش قبلی را نداشته و به‌جای آنها ماده‌های دیگری در پرسشنامه افزوده‌شده‌اند. همچنین در این پرسشنامه دو ماده (ماده‌های۱۶و۱۸) به‌گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند. این پرسشنامه در جمعیت بالای۱۳ سال به بالا قابل‌استفاده است.

۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. علائم هر یک از این طبقات در جدول زیر ارائه‌شده است.

جدول ۱: خرده مقیاس‌های افسردگی با ذکر ویژگی‌های هر خرده مقیاس

طبقات	علامت اختصاری	تعداد ماده‌ها	نشانه‌ها
نشانه‌های عاطفی	A	۸	غمگینی، نارضایتی، احساس گناه، بیزاری از خود، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، تحریک‌پذیری
نشانه‌های شناختی	C	۸	بدبینی، احساس شکست، انتظار تنبیه، اتهام به خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی، بی‌ارزشی، اشکال درتمرکز
نشانه‌های جسمانی	P	۸	کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش علایق جنسی

مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخورداراست و به‌طورکلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (Beck & et al, 2000) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (Dobson & Mohammadkhani, 2007) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. به‌علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیَت ایرانی انجام

گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته،۰/۷۳ بود (Gharaee , 2004) .

جدول ۲. طرح مداخله

جلسه اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا بمنظور آشنایی، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره درمانی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد.
جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضا گروه با تکنیک قدردانی‌ها، دستاوردها و استعدادها، درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد.
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی ۵ ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به‌عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی و شناسایی حوزه هایی که باعث نگرانی شده اند
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی نگرش به‌عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی. تمرین مهارت‌های ارتباطی
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به‌عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی و استفاده از استراتژی‌های تغییر نگرش برای کمک به افراد بمنظور رفع مسائل.
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت. استفاده از اصول مرتبط با نگرش‌ها، طرح‌ها و اقداماتی که بر رضایت بیشتر فرد از خانه، محله و جامعه موثر است.
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط. اجرای طرح فراغت یا عادت جاری تفریح.
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی. مدیریت استرس و حل مسائل برای مشکلاتی که عادت‌های سالم را تضعیف و یا به حفظ یا رشد عادات ناسالم کمک می‌کنند.

یافته‌ها

برای انجام این پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تقسیم تصادفی آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه در معرض روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفتند. اعضای گروه کنترل در مدت آزمایش درمان خاصی دریافت نکردند. در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل جمع‌آوری شد و داده‌های حاصله برای تجزیه‌وتحلیل مورداستفاده قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش در دو سطح تجزیه‌وتحلیل توصیفی و تجزیه‌وتحلیل استنباطی که در پاسخ به فرضیات پژوهش می‌باشد، ارائه شد. در بخش اول ابتدا داده‌های توصیفی از قبیل فراوانی و درصد ارائه گردید و در بخش دوم به بررسی فرضیه‌ها پرداخته شد.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش۵۰ درصد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و۵۰ درصد در گروه کنترل قرار گرفتند. و۷۳ درصد آزمودنی‌ها زن و ۲۷ درصد مرد بودند که۳۳/۱۳ درصد افراد زیر ۲۵ سال، ۲۶/۶۷ درصد بین ۲۵-۳۰ سال، ۳۳/۳۳ درصد افراد بین ۳۱-۳۵ سال، ۲۰/۰۰ درصد افراد بین۳۶-۴۰ سال و۶/۶۷ درصد افراد بالای ۴۰ سال هستند.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه‌ها مفروضه نرمال بودن است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها محاسبه شد آن‌گونه که جدول نشان می‌دهد مقدار آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها به‌استثنای نمره کلی افسردگی پیش‌آزمون غیر معنی‌دار بود که با توجه به برابر بودن تعداد اعضای گروه‌های موردبررسی می‌توان از این پیش‌فرض برای این مؤلفه چشم‌پوشی کرد (جدول ۳).

جدول ۳. بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک برای نرمال بودن	
	آماره	سطح معنی‌داری (p)
افسردگی پیش‌آزمون	۰/۹۰	۰/۰۰۹
افسردگی پس‌آزمون	۰/۹۶۵	۰/۴۱
نشانگان عاطفی پیش	۰/۹۶۶	۰/۴۳
نشانگان جسمانی	۰/۹۶۷	۰/۴۷
نشانگان شناختی پیش	۰/۹۵۳	۰/۲۰
نشانگان عاطفی پس	۰/۹۳۲	۰/۰۶
نشانگان جسمانی پس	۰/۹۳۰	۰/۰۵۶
نشانگان شناختی پس	۰/۹۶۲	۰/۳۴

در جدول شماره ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه‌شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان افسردگی

عنوان	طبقات	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	نشانه‌های عاطفی	آزمایش	۱۵	۱۰/۷۳۳۳	۳/۹۳۶۴۰
		کنترل	۱۵	۱۱/۲۰۰۰	۳/۶۶۸۴۰
	نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۱۵	۶/۳۳۳۳	۲/۷۱۶۷۹
		کنترل	۱۵	۷/۴۶۶۷	۲/۳۵۶۳۵
	نشانه‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۷/۶۶۶۷	۴/۹۲۳۲۲
		کنترل	۱۵	۱۰/۶۰۰۰	۳/۵۲۱۳۶
پس‌آزمون	نشانه‌های عاطفی	آزمایش	۱۵	۶/۲۶۶۷	۱/۸۳۰۹۵
		کنترل	۱۵	۱۱/۴۰۰۰	۲/۹۷۱۲۹
	نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۱۵	۴/۰۶۶۷	۱/۵۷۹۶۳
		کنترل	۱۵	۶/۷۳۳۳	۱/۸۳۰۹۵
	نشانه‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۵/۶۶۶۷	۲/۳۵۰۲۸
		کنترل	۱۵	۹/۷۳۳۳	۳/۷۱۲۲۷
نمره کل افسردگی پیش‌آزمون		آزمایش	۱۵	۲۴/۷۳۳۳	۱۰/۳۱۲۷۳
		کنترل	۱۵	۲۹/۲۶۶۷	۹/۱۹۲۱۳
نمره کل افسردگی پس‌آزمون		آزمایش	۱۵	۱۶/۰۰۰۰	۵/۲۳۷۲۳
		کنترل	۱۵	۲۷/۸۶۶۷	۷/۸۴۵۵۳

در ادامه گزارش نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند متغیری داده‌های موردبررسی قرار گرفت نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) ($F_{(df=28,1)}$ = ۰/۵۷ $P >$ ۰/۰۵) و آزمون یکسانی شیب‌خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی‌دار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است ($F_{(df=2)}$ = ۲/۴۳ $P >$ ۰/۰۵).

در جدول (۵) نتایج ANCOVA شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F درجات آزادی (df)، سطح معنی‌داری (p) و مجذور اتای سهمی η^2 جهت تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده ارائه‌شده است.

جدول ۵. خلاصه ANCOVA برای تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی با کنترل نمره افسردگی پیش‌آزمون

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	D^2
نمره‌های افسردگی پیش‌آزمون	۱۷۲/۸۲۵	۱	۱۷۲/۸۲	۴/۳۴	۰/۰۴۷	۰/۱۴
اثر اصلی (درمان)	۸۱۳/۹۲	۱	۸۱۳/۹۲	۲۰/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۴۳
خطای باقی‌مانده	۱۰۷۲/۹۰	۲۷	۳۹/۷۳			

نتایج ANCOVA نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های افسردگی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های افسردگی پس‌آزمون معنی‌دار است. به‌عبارت‌دیگر جدول نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش – کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد (P < ۰/۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۳ بوده است.

میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که نمره گروه آزمایش (۱/۶۵±۲۷/۲۹) در مقایسه با گروه کنترل (۱/۶۵±۱۶/۵۷) در پس‌آزمون افسردگی کاهش بیشتری داشته است. به‌عبارت‌دیگر نتایج بیانگر آن است که مداخله آزمایشی (روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی) موجب کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش‌شده است.

همچنین تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته به‌منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر نشانگان افسردگی انجام شد. نتایج آزمون باکس برای تعیین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با توجه به مقدار F =۱/۰۴ و سطح معنی‌داری که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس است.

مقدار آزمون اثر پیلایی (۶ =df و۵/۴۷ = F) و سطح معنی‌داری که کوچک‌تر از ۰/۰۱ است نشان می‌دهد که حداقل دریکی از متغیرهای وابسته بین افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در جدول (۶) نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان افسردگی ارائه‌شده است.

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به مقایسه میانگین‌ها در متغیرهای وابسته بین افراد گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
نشانگان عاطفی پیش‌آزمون	۱/۶۳	۱	۱/۶۳	۰/۱۱	۰/۷۳
خطا	۴۰۵/۳۳	۲۸	۱۴/۴۷		
نشانگان جسمانی پیش‌آزمون	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۱/۴۹	۰/۲۳
خطا	۱۸۱/۰۶	۲۸	۶/۴۶		
نشانگان شناختی پیش‌آزمون	۶۴/۵۳	۱	۶۴/۵۳	۳/۵۲	۰/۰۷
خطا	۵۱۲/۹۳	۲۸	۱۸/۳۱		
نشانگان عاطفی پس‌آزمون	۱۹۷/۶۳	۱	۱۹۷/۶۳	۳/۴۵	۰/۰۰۰
خطا	۱۷۰/۵۳	۲۸	۶/۰۹	۲	
نشانگان جسمانی پس‌آزمون	۵۳/۳۳	۱	۵۳/۳۳	۱/۲۴	۰/۰۰۰
خطا	۸۱/۸۶	۲۸	۲/۹۲	۸	
نشانگان شناختی پس‌آزمون	۱۲۴/۰۳	۱	۱۲۴/۰۳	۱/۸۵	۰/۰۰۱
خطا	**۲۷۰/۲۶**	**۲۸**	**۹/۶۵**	۲	

طبق یافته‌های جدول (۶) تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افراد گروه آزمایش و کنترل در نشانگان عاطفی، جسمانی و شناختی افسردگی در پس‌آزمون در سطح آلفای ۰/۰۱ ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). به‌علاوه یافته‌ها نشان می‌دهد که بین نشانگان عاطفی، جسمانی و شناختی افسردگی افراد گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی برکیفیت زندگی بر افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر بوده است. به‌علاوه یافته‌ها نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قادراست نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی را کاهش دهد. در ادبیات پژوهشی، تحقیق مستقیمی در این زمینه یافت نشد که نشان دهد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر

افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده اثر دارد اما در تحقیقات مشابهی که دربرگیرنده‌ی مفاهیم نظری روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی است می‌توان به موارد مشابهی اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج تحقیق سین و لیئوبومیسکی؛ (Sin & Lyubomirsky, 2009) بوئلین و وان دن بوت؛ (Boelen &van den Bout, 2007) کوهن و همکاران؛ (Cohen & etal , 2006) روشن‌فر، مختاری و پاداش؛ (Roshanfar, Mokhtari & Padash , 2014) و قاسمی و دیگران (Ghasemi and Others, 2012) همسو است. یافته‌های تحقیق ساپینو (Supiano, 2012) در زمینهٔ درمان سوگ پیچیده نشان داد که شرکت‌کنندگانی که گروه درمانی را دریافت کردند، نسبت به گروهی که درمان حمایتی را دریافت کرده بودند پاسخ‌های درمانی بیشتری را نشان دادند. مهم‌تر این‌که نیمی از شرکت‌کنندگانی که تحت گروه درمانی قرار گرفتند از لحاظ بالینی بهبود قابل توجهی نسبت به گروه کنترل داشتند. ریتا روسنر و کوتویوکووا (Rita Rosner & Kotoucova, 2011) گزارش کردند که فرا تحلیل مداخلات مربوط به سوگ نشان می‌دهد اثربخشی درمان انجام‌شده مرتبط با سوگ در کاهش علائم سوگ در دامنه متوسط و کم قرار می‌گیرند. ویتوک و همکاران (Wittouck & etal, 2011) گزارش کردند که در مقایسه با مداخلات پیشگیرانه، مداخلات درمانی بهبودهای معنی‌داری را در میانگین نمرات افراد مبتلا به سوگ پیچیده در مرحله درمان و پیگیری نشان می‌دهد. به علاوه در طول مرحله پیگیری اثر مثبت مداخلات درمانی برای سوگ پیچیده افزایش یافت. سین و لیوبومیسکی (Sin &Lyubomirsky, 2009) نشان دادند که روان‌درمانی‌های مثبت‌گرا مثل روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است. یافته‌های (Ghasemi and Others, 2012) نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی و بد کارکردی اجتماعی را در پس‌آزمون و پیشگیری کاهش می‌دهد. همچنین این درمان، بر بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی (افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی) در پس‌آزمون اثر داشته است اما در بعد روان‌شناختی (رضایت از زندگی) آزمون‌ها تغییری ایجاد نکرده است. این یافته‌ها همچنین با یافته‌های (Aghayousefi & Seifi, 2013) که اثربخشی این راهبرد مداخله‌ای را در افزایش رضایت از زندگی و احساس شایستگی تائید می‌کند، همسو می‌باشد. یافته‌های گرانت، سالسید و هینان (Grant, Salced & Hynan , 1993) نیز نشان داد که این مداخله باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی شده است. چنین به نظر می‌رسد که با تقویت رضایتمندی در هر حیطه‌ی زندگی، می‌توان کیفیت کلی زندگی را افزایش داد. همسو با این یافته ردریگو و همکاران (Rodrigue, & etal, 2005) در پژوهشی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی را در بیماران در انتظار پیوند ریه بر کاهش افسردگی

و اضطراب رایج قبل و بعد از پیوند گزارش کردند. بولن و وان دن بوت (Boelen, Van den Bout, 2007) گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب‌شناسی روانی نسبت به مشاوره حمایتی مؤثرتر است. کوهن و همکاران (Cohen & etal, 2006) گزارش کردند کودکانی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند بهبود قابل‌توجهی در علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با سوگ پیچیده و استرس پس از سانحه نشان دادند. همچنین رضایت کودک و والدین برای این درمان بالا بود. یافته‌های فرامرزی و همکاران (Faramarzi& etal, 2013) در زمینه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار نشان داد بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در خرده مقیاس سازگاری فردی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

همانگونه که پیشتر ذکر شد، هدف روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش شادمانی و رضایت از زندگی است و به این اعتبار اصول روان‌شناسی مثبت نگر را بکار می گیرد. همچنین در برگیرنده انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است. با توجه ساخت ترکیبی این رویکرد، پردازش‌های شناختی زیربنایی نقش مهمی در شکل‌گیری رضایت‌مندی از زندگی و شادکامی ایفا می‌کند. طبق نظر استنبوک و هولزمن (Stanbook & Holzmann, 2000) هدف درمان مبتنی برکیفیت زندگی این است که خود یابی حرفه‌ای یا غنای درونی را افزایش دهد و از افسردگی پیشگیری کند. بنابر این فرد با غنی‌سازی درونی در لحظه (یعنی انجام کارهای کوچک به منظور مراقبت از خویشتن، حتی هنگامی‌که اوضاع خیلی بد است و ایجاد تغییر در برنامه‌های عادی دشوار)، می‌تواند شرایط زندگی فعلی را قابل‌تحمل و مناسب سازد و نیز پس از مراقبت از خویشتن به‌گونه‌ای خردمندانه و همه‌جانبه با چالش‌های روزانه زندگی مواجه شود. فرد نباید اجازه دهد که اوضاع بد همیشه پایدار بماند، باید با عادت‌های ناسالم به چالش بپردازد و آن‌ها را کنترل، تنظیم و ریشه‌کن سازد.

مفهوم‌سازی شناختی در مدل فریش با دست‌یابی به هدف و رضایت‌مندی از زندگی در نظریه‌ی شناختی بک هماهنگ است و به بسط و گسترش فرایندهای شناختی می‌پردازد. از نظر فریش این فرایند به فعال‌سازی سبک‌های شناختی سازنده منجر می‌شود فریش، (Frish, 2006). یک نگاه به اهداف و محتوای درمان مبتنی برکیفیت زندگی از قبیل بهبود رو به افزایش، رضایت از زندگی، و خودیابی نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند با افزایش خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی را در افراد از طریق بهبود سلامتی، خوشحالی و رضایت از زندگی کاهش دهد آقایوسفی و سیفی، (Aghayousefi & Seifi, 2013). بر اساس

این مدل، رضایت‌مندی متشکل از چهار عامل است: تغییر شرایط خود، تغییر دادن نگرش‌ها، تغییر دادن اهداف و معیارها، تغییر دادن اولویت‌ها و تقویت کردن رضایت‌مندی در حیطه‌هایی که قبلاً موردتوجه نبوده‌اند. راهبردهای مداخله‌ای مبتنی بر مدل پنجگانه رضایت‌مندی از زندگی، موجب بهبود رضایت فرد در هر حیطه‌ی زندگی می‌شود. رویکرد فریش برای کاهش افسردگی و درنتیجه افزایش شادکامی به‌گونه‌ای است که تنها یک حیطه زندگی را مدنظر قرار نمی‌دهد، بلکه بر ۱۶ حیطه‌ی اصلی زندگی تأکید می‌کند. در این پژوهش نیز تلاش بر این بوده است که با کمرنگ کردن عوامل خطرساز از قبیل منفی گرایی عاطفی، احترام به خویشتن پایین، سبک‌های اسنادی بدبینانه در تفسیر علل رویدادهای منفی، خودکارآمدی پایین، بدبینی، مردم‌آمیزی کم، امیدواری پایین و تقویت عوامل محافظت‌کننده مانند مهارت‌های انطباقی خوب، مهارت‌های اجتماعی، خوش‌بینی، احترام به خویشتن، استعدادها و نقاط قوت، غنای درونی واصل معنایابی و هدف‌یابی به کاهش افسردگی بپردازد.

همچنین محققان معتقدند که درمان مبتنی برکیفیت زندگی یک مداخله شناختی- رفتاری است که استراتژی‌های مداخله خاص برای افزایش شادی و رضایت در آن حوزه زندگی را فراهم می‌کند. ردریگو و همکاران (Rodrigue & etal, 2005) معتقدند این درمان به‌طورکلی دربرگیرنده‌ی سلامت جسمی، روابط با خانواده و دوستان، عملکرد اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراقت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی در میان دیگران است.

از دیدگاه روان‌شناسی مثبت نگر و روان‌شناسی بالینی، روابط اجتماعی مثبت مهم‌ترین عامل ایجادکننده‌ی شادکامی است. این فرایند از طریق مطالعه و درک اصول اساسی رضایتمندی از روابط و تا حد زیادی از طریق مهارت‌های رفتاری ارتباطی در درمان کیفیت زندگی، حاصل می‌شود. فریش (Frish, 2006) نشان می‌دهد که این درمان در پی آن است که شادی و سلامت را در مردم با کشف استعدادهای بالقوه‌شان افزایش دهد و کیفیت زندگی‌شان را بهبود ببخشند. در راستای این هدف سین و لیبومیرسکی (Sin & Lyubomirsky, 2009) و اسلاد (Slade, 2010) گزارش کردند که با استفاده از رویکردهای روان‌شناسی مثبت می‌توان در افزایش بهزیستی ذهنی وکیفیت زندگی اثرگذار بود. به نظر سلیگمن (Seligman, 2002)، آگاهی از استعدادها، نقاط قوت، دستاوردها، موهبت‌ها و ترکیب آن با تمرین قدردانی در اصطلاح روان‌شناسی مثبت نگر، می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به شادکامی و رضایتمندی مراجع از خویشتن بشود.

همچنین می‌توان اشاره داشت که مؤثرترین راه موفقیت، ایجاد احترام به خویشتن، خودکار–آمدی و اعتمادبه‌نفس است. پژوهش‌ها در رابطه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی خصوصاً نشان می‌دهد که مراجعین به علت این‌که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی احساس شکست و ناتوانی می‌کنند، دچار احترام به خویشتن کم می‌شوند فریش، (Frish, 2006). راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خویشتن بیشتر، بر احساس شکست و یاس و نومیدی غلبه پیدا می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به مواردی همچون انتخاب آزمودنی‌های جامعه‌ی پژوهش، مراجعان مراکز مشاوره اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را با دشواری مواجه می کند. محدودیت دیگر عدم مقایسه آن با سایر رویکردهای درمانی جدیداست که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی به‌صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد.

در این پژوهش از نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که باید محدودیت‌های این نوع نمونه‌گیری در نظرگرفته شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، این شیوه‌ی درمانی می‌تواند در کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر باشد و پیشنهاد می‌گردد به‌عنوان یک مدل درمانی مورداستفاده قرار بگیرد.

References

Aghayousefi, A., Seifi, M, Y. (2013). Group Quality of Life Therapy in Patients with Multiple Sclerosis, Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP), 1(2), 2322-1585. (In Persian)

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, (TX): The Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (2000) BDI-II Fast Screen for Medical Patients Manual. The Psychological Corporation, London.

Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2007). Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. Death Studies, 31, 155−164.

Bolier, L. H., Merel, W., Gerben J, R., Heleen, S. F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies Bolier et al. BMC Public Health, 13(119), 3 – 20.

Brown E. J., & Goodman R. F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34(2), 248–259.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P, & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 1225-1233.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Staron, V.R. (2006) A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grif (CBT-CTG). J Am Acad child Adolesc psychiatry, 45, 1465-1473

Cuplan, H., & Sadok, B. (2003) Summary of Behavioral Sciences Psychiatry / Clinical Psychiatry. Rafiee, Hassan; Rezaee, Farzeen Second volume, Arjmand publication.

Dobson, K.S., & Mohammadkhani, P. (2007). The psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory- 2 in patients with major depressive disorder in partial remission period, Rehabilitation, 8(29), 86-80.

Faramarzi, S., Asgari, K., & Taghva, F. (2013). The effect of cognitive behavioral therapy on the rate of high school students' compatibility suffering from abnormal grief. Journal of Behavioral Sciences Research, (5)10, 373-382 .

Fathi Ashtiani, A., & Dastani, M. (2010). Psychological tests: Evaluation of personality and mental health, Tehran: Besat.

Frish, M. B. (2006). Quality of life Therapy. New Jersey: John Wiley & Sons

Frish, M. B. (2011). Psychotherapy based on the quality improvement of life. Khamseh, Akram. First volume. Arjmand publication.

Gharaee, B. (2004). Determine the identity statuses and its association with identity styles and depression in teens. Clinical psychology doctoral thesis. Iran University of Medical Sciences. Psychiatry Institute .

Ghasemi, N., Kajbaf, M. B., & Rabiee, M. (2012). Effectivness of group therapy based on quality of life on the subjective well-being and mental health. Journal of Clinical Psychology, (2), 23-36

Grant, G. M., Salced, V., & Hynan, L. S. (1993). Effectiveness of quality of life therapy for depression. Psychological report, 76, 1203-1208.

Haljin, R. P., Vitborn, S. C. (2006). Psychopathology (Clinical Perspectives on Psychological Disorders). Seyyed Mohammadi, Yahya. Tehran: Ravan publication.

Howarth, R. (2011). Concepts and Controversies in Grief and Loss, 33, 4-10
Javanmard, G. H. (2011). Psychopathology. Tehran: Payamnoor University.
Kalerson, M. (2001). Happy life. Sharifi Daramadi. Tehran. Ravansanji publication.
Mahmoodi Gharaee, J., Bina, M., Yasami, M.T., Emami, A., & Naderi, F. (2006). Effect of group play therapy on symptoms associated with grief and injuries due to Bam earthquake in children in 1363: A after and before study. Journal of Pediatrics, (2)16, 138-144
Malkinson, R. (2001). Cognitive behavioral therapy of grief: A review and application. Research on Social Work Practice, 11(6), 671-698
Mathews, L.T., & Marwit, S.J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. Death Studies, 28, 849-863.
Mayo, C. (2007). Complicated grief. Retrieved June 5, 2015, from http://www.mayoclinic.com/ health/complicated-grief/DS01023
Padash, Z., Fatehizadeh, M., & Abedi, M. R. (2012). Effectiveness of psychotherapy training based on the quality improvement of life on the wives's welfare. Journal of family consulting and psychotherapy, 1(1), 115-130.
Rita Rosner, G. P., & Michaela, K. (2011) Treatment of complicated grief, European Journal of Psychotraumatology, 2, 7995
Rodrigue, J. R, Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L .A. (2005) A Randomized Evaluation of Quality-of-Life Therapy with Patients Awaiting Lung Transplantation, American Journal of Transplantation, 5, 2425–2432.
Roshanfar, A. R., Mokhtari, S., & Padash, Z. (2014). Investigate the effectiveness of psychotherapy training based on the quality of life on clients' perfectionism of counseling centers in Isfahan. Journal of Health System Research, (8)9, 386-390. (In Persian)
Sayyad Shirazi, M. (2011). Make acquaintance with grief in children and how to deal with it. Councilor, (2)6, 42-46. (In Persian)
Seligman, M. E. P., Schulman, B. S, Peter., & DeRubeis, R. J. (1999) The Prevention of Depression and Anxiety Prevention & Treatment, 2(8).
Seligman, M. E. P., Tracy, A. S., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American psychologist, 60 (5), 410-421
Seligman, M. E. P. (2002). Authentic happiness. New York: free press.
Simon, G. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New England Journal of Medicine, 341, 1329-1335.
Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: A practice friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 65 (3), 467-487.
Slade, M. (2010) Mental illness and wellbeing: The Central importance and positive psychology andrecovery approaches. Heal Serv Res, 2(10).
Stanbook, I., & Holzmann. I. (2000). Quality of life and health: concept, methods and application. Oxford: Black well science.
Supiano, K. (2012). Complicated Grief in Older Adults: Arandomized Controlled Trial Of Complicated Grief Group Therapy, College of Social Work, The University of Utah.
Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 31, 69_78.